

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920 - N° 89

SUR UNE FORME ATYPIQUE
DE
Tuberculose Cutanée Ulcéreuse

Contribution à l'Etude du Rôle
des Associations microbiennes
dans la Tuberculose Ulcéreuse de la Peau

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Janvier 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES NOTTON

Chevalier de la Légion d'Honneur

Né le 30 Juin 1888, à Saint-Claude (Jura)



DIJON

J. DELORME, IMPRIMEUR

9, Rue Jacques-Cellerier, 9

1920

Sur une Forme Atypique de Tuberculose Cutanée Ulcéreuse

Contribution à l'Etude du Rôle des Associations microbiennes
dans la Tuberculose Ulcéreuse de la Peau

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920 - N° 89

SUR UNE FORME ATYPIQUE
DE
Tuberculose Cutanée Ulcéreuse

Contribution à l'Etude du Rôle
des Associations microbiennes
dans la Tuberculose Ulcéreuse de la Peau

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Janvier 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES NOTTON

Chevalier de la Légion d'Honneur

Né le 30 Juin 1888, à Saint-Claude (Jura)



DIJON

J. DELORME, IMPRIMEUR

9, Rue Jacques-Cellerier, 9

1920



Sur une Forme Atypique de Tuberculose cutanée ulcéreuse

Contribution à l'étude du rôle des associations
microbiennes dans la tuberculose ulcéreuse
de la peau

INTRODUCTION

Nous n'avons pas à prendre parti dans la question qui s'est récemment posée du maintien ou de la suppression de la thèse, étant données les nécessités du temps; elle dépasse notre rôle de simple candidat au doctorat en médecine.

En présence de la question de la thèse, nous ne pouvons avoir actuellement qu'une seule façon d'agir, qui est de la passer le mieux qu'il nous paraît possible de le faire.

Nous pensons, dans ce but, qu'il est préférable de ne pas encombrer la littérature médicale d'une thèse à type revue générale, où tout ce qui a paru sur la question, toute la substance des thèses antérieures, est plus ou moins longuement et parfois inexactement rapporté. Il nous a semblé que bien de ces thèses, que nous avons parcourues, n'en imposent guère que par leur épaisseur et leur format, bien plus que par les faits nouveaux

CHAPITRE PREMIER

Nous allons présenter d'abord l'observation unique que nous possédions. Elle est typique et montre bien tous les caractères particuliers de la forme de tuberculose ulcéreuse cutanée que nous avons observée, remarquable par son étendue, son siège anormal, la fonte des tissus sans signes réactionnels, l'absence de toute réaction ganglionnaire.

OBSERVATION

Madame P... A... Cinquante-sept ans. Sans profession. Demeurant à Lyon.

La malade avait été envoyée à l'hôpital le 31 juillet 1919 avec le diagnostic d'Adénite bacillaire ulcéreuse.

Antécédents héréditaires:

Mère morte à quatre-vingt-cinq ans d'affection indéterminée.

Père mort à soixante-et-un ans de congestion pulmonaire.

Antécédents collatéraux:

Un frère mort à dix ans de fièvre typhoïde.

Un frère vivant en bonne santé.

Antécédents personnels:

L'interrogatoire de cette malade est rendu difficile à cause d'une surdité très accentuée, et parce que la malade présente une dyspnée très vive avec cyanose qui ne permet pas de prolonger l'examen et d'obtenir des renseignements précis sur les diverses étapes de la maladie.

La malade déclare avoir eu une santé délicate depuis son jeune âge, mais cependant n'accuse aucune maladie.

Elle présente de la toux depuis cinq mois.

A l'examen: malade très dyspnéique, pâle, amaigrie, cyanosée. Température: trente-neuf degrés quatre dixièmes.

Elle présente dans la région sus et sous-claviculaire droite, une plaie à peu près circulaire, ayant débuté en mars 1919, et dont les caractères sont les suivants: la peau sur les bords est légèrement décollée sans présenter la moindre trace de réaction inflammatoire; c'est tout au plus si en certains points elle offre une coloration violacée, sphacélique, sur une très faible largeur: mince liseré violacé. La région du creux sus-claviculaire est comme disséquée. Tous les muscles de la région sont à nu, parfaitement appropriés, comme dans une préparation anatomique, et d'un rouge vif. Le chef claviculaire du sterno-cleido-mastoïdien se détache et au-dessous de lui se trouve un clapier purulent qui se prolonge vers la région laryngée. Cette plaie mesure à peu près sept à huit centimètres dans ses deux diamètres. Déjà, dès ce jour-là, l'exploration

de la région cervicale ne révèle ni du côté de l'ulcération, ni du côté opposé trace de ganglions.

En raison de la dyspnée et de la cyanose l'attention est d'abord attirée sur le poumon où l'auscultation montre: en avant, des râles humides, des gargouillements, des craquements à timbre métallique, du souffle, des deux côtés mais surtout à droite. En arrière l'auscultation est très difficile étant donnée la dyspnée. On entend seulement dans toute la hauteur des poumons de nombreux râles humides égaux et à timbre éclatant.

On ne note à l'examen du cœur aucune lésion. Le pouls est rapide.

Rien de particulier à signaler au tube digestif.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Le diagnostic posé dès ce moment en raison de la dyspnée, de la cyanose, de l'aspect asphyxique de la malade, et de l'état pulmonaire, est celui de granulie. Le diagnostic de l'ulcération cutanée est réservé en raison des caractères très particuliers de la lésion. On prélève sous les bords de la plaie les exsudats purulents en vue de l'examen.

L'examen microscopique des frottis a montré des bacilles de Koch, nombreux sur certaines lames où le prélèvement, ainsi que le montre l'étude des cellules, a porté sur des points où la plupart des éléments cellulaires sont très altérés. On trouve d'assez nombreux bacilles intracellulaires. Sur d'autres lames, les bacilles de Koch sont plus rares. On note la présence d'éléments microbiens nombreux qui sont ceux que l'on rencontre habituelle-

ment dans les pyodermites ulcéreuses. On trouve, en effet, dans le pus de courtes chaînettes de Streptocoques, des cocci intracellulaires disposés, groupés par paires, en grains de café, ressemblant aux gonocoques, mais gardant le Gram, et quelques rares éléments bacillaires gardant également le Gram.

Le sept août: l'état général de la malade s'aggrave rapidement; la dyspnée a augmenté; la cyanose des extrémités est plus marquée; la malade délire. La plaie a fait des progrès très nets, surtout en surface. Un second examen bactériologique donne les mêmes résultats que le premier.

Il est bon de noter que cette plaie était très douloureuse.

Décès le huit août 1919.

La nécropsie a été pratiquée le neuf août 1919 et a donné les résultats suivants:

Les deux poumons sont farcis de granulations miliaires très confluentes; quelques tubercules sont en voie de ramollissement. Il existe des adhérences lâches des sommets. On trouve des lésions anciennes des sommets avec de petits points de ramollissement à gauche. On rencontre plusieurs minimes cavernules à droite.

A signaler au niveau du hile pulmonaire la présence de nombreux ganglions anthracosiques et caséux. Au-dessus de la bronche droite, il existe un petit abcès ganglionnaire, du volume d'une noix, ouvert dans l'œsophage.

Le cœur est petit et ne présente aucune lésion

orificielle. Le myocarde est flasque, de couleur feuille morte.

A l'aorte, on trouve de nombreuses plaques d'athérome ressemblant à des plaques gélatiniformes, surtout abondantes au niveau de l'aorte abdominale.

Rien de particulier au niveau du tube digestif.

Au foie: dégénérescence graisseuse. Dans le parenchyme, on rencontre quelques granulations très discrètes, les unes blanches translucides, les autres colorées en jaune vert, et variant des dimensions d'un grain de mil à celui d'une tête d'épingle.

La rate est un peu diffluente.

Aux reins: rien de particulier au niveau du rein droit. A gauche, quelques rares granulations au niveau de la substance corticale.

Pas d'ascite.

Au niveau de la plaie sus-claviculaire, on ne découvre aucun point osseux. Les diverticules de cette plaie se perdent dans le tissu cellulaire de la région sus-sternale et périlaryngée. Aucun ganglion.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Peau: Les fragments nombreux, prélevés au pourtour de l'ulcération cutanée, ont été fixés par le liquide de Bouin et par l'alcool.

L'examen, à un petit grossissement, montre que les lésions s'étendent sur une très faible épaisseur à distance de l'ulcération. A son niveau, l'épiderme

s'invagine sur une courte surface, puis s'amincit considérablement. On retrouve cependant quelques îlots épidermiques dans la profondeur de l'ulcération. Nulle part, celle-ci n'est tapissée de formations tuberculeuses nettes.

Les tissus qui avoisinent l'ulcération sont infiltrés sur une très mince épaisseur. L'infiltrat, que nous décrirons complètement plus tard, apparaît formé de cellules qui, à un petit grossissement, apparaissent formées d'un noyau très colorable et d'une protoplasma réduit. Ces cellules ressemblent à des lymphocytes. Ce n'est qu'en de rares points que l'on aperçoit des cellules plus claires, plus volumineuses, ayant le type de cellules épithélioïdes. Les cellules géantes sont très rares, isolées, de grandes dimensions et toujours situées dans ou au voisinage de la zone d'infiltration. Si l'on suit ces traînées d'infiltration, on les voit tapisser le rebord de l'ulcération et, arrivées dans le derme, s'enfoncer parfois profondément, soit dans le derme lui-même, soit dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, en ne provoquant autour d'elles que peu de réaction à distance, et sans s'accompagner de formations histologiques spécifiques. Ces diverticules de l'ulcération sont, pour quelques-uns, assez profonds où, au-dessus d'eux, les diverses couches de la peau ont leurs caractères normaux.

A une faible distance de l'infiltration inflammatoire, on note une légère réaction des tissus, qui se traduit par une multiplication des noyaux dans le tissu conjonctif et dans le tissu cellulaire sous-

cutané. On ne note pas, en tout cas, ces formations tuberculeuses confluentes que l'on a coutume d'observer autour et à distance de certaines ulcérations tuberculeuses cutanées: les ulcérations de la langue en particulier.

A un grossissement plus fort, on note que l'infiltrat est composé de cellules lymphoïdes, formant des amas assez denses. Dans l'infiltrat, on note également des cellules plasmatiques, assez abondantes par place, ainsi qu'une multiplication de cellules fixes du tissu conjonctif. En quelques points, on observe des cellules épithélioïdes et des cellules géantes, d'ailleurs peu nombreuses. On trouve également dans les zones les plus superficielles de l'ulcération des polynucléaires abondants.

Foie: Dans les points qui ont été prélevés, on note des lésions étendues du parenchyme hépatique: îlots nombreux de caséification avec cellules géantes; dégénérescence étendue des cellules hépatiques présentant le type de la dégénérescence graisseuse avec transformation vacuolaire des cellules. Il n'existe pas de sclérose ancienne. Les lésions sont beaucoup plus étendues que n'aurait pu le faire prévoir le simple examen macroscopique de ce tissu.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

Peau. — La recherche des bacilles de Koch sur coupes montre qu'ils sont très rares.

En revanche, il existe de très nombreux micro-

bes pyogènes que l'on retrouve facilement, par la coloration de Gram, au niveau des traînées inflammatoires, et quelquefois assez profondément dans le tissu diffusément enflammé qui les entoure.



CHAPITRE II.

ÉTUDE CLINIQUE

En somme, il s'agit d'une malade venue à l'hôpital cachectique, cyanosée, dyspnéique, tachycardique et sourde. On entendait, à l'auscultation des poumons, de nombreux râles éclatants. Il n'a pas été possible, étant donné l'état d'extrême faiblesse de la malade, de préciser l'étendue des lésions.

La malade présentait une ulcération cutanée, dont les caractères ont été sommairement décrits. Elle avait disséqué la région du creux sus-claviculaire et débordait, en bas, vers la région costale, en haut, vers la région carotidienne. Les muscles étaient mis à nu et débarrassés de tout tissu cellulaire et graisseux, comme si une dissection minutieuse les eût appropriés. On trouvait seulement un peu de tissu cellulaire sphacélique dans le fond du creux sus-claviculaire, en arrière du sterno-mastoïdien. Il s'était accumulé également, en ce point, du pus dont la collection montait ou descendait suivant les mouvements respiratoires. La lésion progressait, limitée à sa périphérie par un mince

liseré de tissu violacé, décollé, aminci. Aucune réaction ganglionnaire, aucun élément d'infection cutanée de voisinage. On avait l'impression d'une fonte cutanée, sans aucune réaction défensive des tissus. C'était un véritable phagédénisme mince, en opposition aux ulcérations phagédéniques qui creusent dans des tissus épaissis et enflammés.

La lésion n'était certainement pas à point de départ ganglionnaire.

L'état précaire de la malade n'a pas permis d'avoir des renseignements sur la façon dont l'affection cutanée a débuté.

L'autopsie a montré l'existence d'une granulie généralisée, confluyente des poumons, discrète au niveau des autres parenchymes: foie, reins. Elle a permis de constater le caractère purement cutané des lésions cutanées, de leur indépendance d'avec le squelette ou le système ganglionnaire.

Nous avons donc observé une forme d'ulcération cutanée envahissante, se développant sans processus réactionnel, sans bourgeonnement, au devant de laquelle les tissus paraissent fondre et disparaître sans aucunement réagir. Lésion peu suppurante, nullement infiltrée, à bords décollés sur une petite étendue, sans grains jaunes périphériques, sans infiltration à distance des bords; en somme, une ulcération phagédénique d'un type très particulier.

Sa description diffère de celles de l'ulcère tuberculeux, tel qu'on l'observe au niveau de la langue, au niveau de la région anale, des mains, dont Mon-

sieur Vallas, dans sa thèse du 2 juillet 1887, en a donné une description devenue classique. Il nous suffira d'en rappeler les principaux détails, pour montrer combien le type commun de la tuberculose ulcéreuse diffère de la forme que nous avons observée: (Thèse de Monsieur Vallas sur les ulcérations tuberculeuses de la peau, p. 22). « Les bords sont taillés à pic et mènent, par une pente abrupte, sur un fond granuleux, hérissé de saillies papillomateuses, d'une coloration gris-rougeâtre, avec un pointillé de petites taches jaunâtres caractéristiques. Le plus souvent, on ne trouve, sur le fond de l'ulcération, qu'un peu de liquide séro-purulent: rarement, ces produits d'exsudation sont assez abondants et assez concrétés pour former une mince croûte de revêtement. Lorsque cette croûte existe, il suffit de l'enlever pour voir apparaître, au-dessous d'elle, l'ulcération avec tous les caractères ci-dessus énoncés.

A la périphérie de la lésion principale, il est fréquent de voir se déposer dans le derme un semis de granulations tuberculeuses satellites.

L'ulcère primitif peut ainsi être entouré d'une véritable couronne de petites pustules qui, évoluant d'après le même type, ne tardent pas à détruire le pont de tissu sain qui les sépare de leurs voisines ou du foyer central; et, au bout de quelque temps, toutes sont fondues en une seule. Ce processus explique la forme sinueuse du contour de l'ulcération que nous avons signalée plus haut.

Les ulcères tuberculeux sont douloureux. Il

existe, sous ce rapport, une différence entre les diverses ulcérations, suivant le siège qu'elles occupent: c'est ainsi que les ulcères situés au pourtour des orifices naturels, bouche, anus, sont de beaucoup plus douloureux que ceux des autres régions du tégument externe ».

Il suffit de nous reporter à notre description pour voir les différences d'aspect des lésions. Dans notre cas: nul bourgeonnement réactionnel, nul pointillé jaunâtre, nulle infiltration périphérique. Rien ne prépare, à distance de l'ulcération, la fonte des tissus. La rapide extension des lésions, surtout dans les derniers jours, se fait par la progression d'un mince liseré, formé de tissu friable, décollé, au-devant duquel les tissus fondent, comme le ferait une plaque de cire au contact d'un fer chaud. L'extension ne se fait nullement par des points d'abord distincts, qui s'ulcèrent et se réunissent les uns aux autres. Cette extension s'est montrée à nous rapide et, dans les derniers jours, c'est presque à vue d'œil que la lésion progressait et gagnait en surface.

Par certains détails, cependant, notre observation rentre dans le groupe des faits rapportés par Monsieur Vallas. Comme dans ces cas, il s'agissait d'une malade profondément atteinte par infection tuberculeuse. Monsieur Vallas fait de la constatation d'un état général mauvais, une règle clinique qui trouve, dans le cas rapporté par nous, une nouvelle application. Il n'existait pas d'ulcération des muqueuses. Rien qui rappelle les semis de granulations observées sur la langue, le pharynx, chez

des malades atteints d'ulcérations cutanées.

L'autopsie, en revanche, nous a montré l'explosion d'une granulie viscérale particulièrement confluyente au niveau du poumon. Toutes les ulcérations cutanées tuberculeuses n'évoluent pas avec un aspect clinique univoque. A côté du type le plus fréquent, dont nous avons rapporté, en citant Monsieur Vallas, les principaux caractères cliniques, il en est d'anormales par certains caractères (thèse de Lévy-Brühl, 1914, sur les ulcérations tuberculeuses atypiques de la peau; page 58). Monsieur Lévy-Brühl, dans sa thèse, rapporte également des cas, des faits qui montrent que l'ulcère tuberculeux doit être recherché, diagnostiqué alors même qu'il ne se présente pas sous l'aspect considéré d'ailleurs justement comme classique. Comme dans les cas rapportés par Monsieur Lévy-Brühl, l'ulcère que nous avons observé présente des caractères négatifs qu'il est important de souligner: absence de grains jaunes, de nodules lupiques. Comme dans les cas de cet auteur, la lésion tendait à gagner plutôt en surface qu'en profondeur. Elle en diffère cependant grandement par la rapidité de progression, l'absence de tout phénomène réactionnel des tissus atteints. La douleur qui était très vive, provoquait chez notre malade, dont la sensibilité était pourtant obtuse, des réactions très vives.

L'ulcération que nous avons observée chez cette malade a des caractères atypiques, que nous signalerons et que l'on a pu noter à la lecture de notre observation.

Le diagnostic de cette lésion n'est cependant pas douteux, puisque le critérium certain de sa nature a pu être mis en évidence par l'examen bactériologique. Nous avons eu certainement à faire à cette forme de tuberculose cutanée qui détruit les téguments par ulcération. La lésion doit être rangée dans le groupe des ulcères tuberculeux. Nous disons, à dessein: les ulcères tuberculeux et non, comme on le trouve encore souvent écrit: l'ulcère tuberculeux. Il existe, en effet, et nous le montrons, à côté d'une forme fréquente et que l'on pourrait appeler classique, de l'ulcère tuberculeux, des variétés atypiques de tuberculose ulcéreuse qui ont déjà été signalées expressément sous ce titre. La thèse de Monsieur Lévy-Brühl, par exemple, est consacrée à l'ulcère atypique de la peau. Il n'en a signalé qu'une variété distincte de celle que nous rapportons, comme nous le ferons ressortir ultérieurement.

Dans les chapitres suivants, nous étudierons les formes habituelles de l'ulcère tuberculeux de la peau, puis les formes atypiques déjà décrites avant nous. Nous chercherons ensuite à situer le cas que nous avons observé et à établir ses caractéristiques, tant cliniques qu'anatomiques. Nous chercherons quelles raisons pathogéniques expliquent l'évolution anormale, chez notre malade, de la forme de la tuberculose ulcéreuse que nous avons observée chez elle.

CHAPITRE III.

DES ULCÈRES TUBERCULEUX CUTANÉS

Nous allons donner les principales caractéristiques de divers ordres de l'ulcère tuberculeux typique et atypique. Puis, nous les comparerons au cas que nous avons présenté et nous verrons en quoi ils diffèrent.

Ulçère Tuberculeux Typique

A. CARACTERISTIQUES CLINIQUES.

Forme. — L'ulcère tuberculeux typique à une forme très variable: il est tantôt circulaire, tantôt ovulaire, polycyclique; quelquefois sinueux, serpiginieux, de contour déchiqueté ou festonné.

Dimensions. — Sa grandeur varie suivant le siège qu'il occupe: de quelques millimètres à deux centimètres, quand on le rencontre aux extrémités du tube digestif, à la bouche, à la langue ou au pharynx. Il atteint huit à dix centimètres (observation XXVII de Monsieur Raymond) sur les membres et est le résultat de la confluence de plusieurs ulcères tuberculeux.

Bords. — Les bords sont quelquefois à pic, d'autres fois décollés. Ils ont une coloration livide et violacée,

Fond. — L'ulcère tuberculeux typique est superficiel, peu profond. Le fond en est granuleux, inégal, présentant souvent des bourgeons charnus; d'une coloration gris rougeâtre, avec un pointillé de petites taches jaunâtres caractéristiques: grains jaunes de Trélat, variant du volume d'un point à celui d'une tête d'épingle. Ces grains jaunes sont, soit des follicules intrapapillaires ou sous-papillaires, agminés, en voie de caséification, soit de petits abcès superficiels relevant d'infections secondaires. Leur nombre est variable. On les rencontre principalement sur les bords de l'ulcère, surtout lorsqu'il siège à la langue. Il existe quelquefois des ulcérations miliaires grises.

Exsudation. — L'exsudation est peu abondante: c'est un liquide séro-purulent, sanieux.

Pourtour. — On rencontre parfois, à la périphérie de la lésion principale, un semis de granulations tuberculeuses satellites qui se sont déposées dans le derme et qui, évoluant comme la lésion principale, vont donner de nouveaux ulcères tuberculeux typiques. Ceux-ci vont confluer et se réunir au foyer central, pour donner des ulcères tuberculeux typiques d'une étendue beaucoup plus grande et ayant un contour sinueux. Cette forme se rencontre principalement lorsque la lésion siège aux membres, ce qui explique la plus grande dimension des ulcères tuberculeux typiques à ce niveau. La peau qui entoure l'ulcère tuberculeux typique n'est le siège d'aucun trouble de sensibilité.

Caractères douloureux. — Les ulcères tuberculeux typiques sont douloureux, surtout lorsqu'ils siègent au niveau de la bouche, des lèvres, de la langue ou de l'anus. Cette douleur est parfois si grande que les malades ne peuvent ouvrir la bouche. L'usage de la parole est lui-même douloureux. Sur les autres parties du corps, la douleur est moins vive.

Ganglions lymphatiques. — Les ganglions lymphatiques de la région sont presque toujours engorgés. Pourtant, Monsieur Vallas cite des cas où ils ne l'étaient point du tout.

Siège. — Le siège principal est aux extrémités du tube digestif. Sur les trente-trois cas cités par Monsieur Vallas, treize occupaient la région anale; onze, les lèvres; cinq, les membres supérieurs; deux, la face; deux, la vulve; un, la verge; un, le membre inférieur.

Nombre. — Il peut être unique, mais souvent il en est plusieurs ayant des sièges différents.

Etat des malades. — Les ulcères tuberculeux typiques ne se rencontrent que chez des sujets dont l'état général est mauvais: la tuberculose pulmonaire est la règle absolue. Elle est souvent associée à d'autres localisations morbides.

Ces ulcérations cutanées n'apparaissent pas au début, mais seulement dans les dernières périodes de l'évolution tuberculeuse.

Début. — Le début peut être primitif ou consécutif à un traumatisme. Dans le premier cas: une petite papule dure et rouge apparaît; puis, son

sommet se ramollit et prend une teinte blanchâtre: c'est la transformation caséuse de sa masse centrale. Tout autour de cette papule, le tissu semble sain. La partie superficielle de cette pustule se rompt d'elle-même, ou par suite de grattage avec les ongles. Il en résulte un petit cratère renfermant du liquide séro-purulent, dont les bords s'affaissent bientôt en prenant une teinte violacée et la lésion, au lieu de se cicatriser, gagne de plus en plus en surface le tissu voisin.

Dans le second cas: une plaie résultant d'un traumatisme, soit une coupure, soit une plaie contuse, n'a aucune tendance à la cicatrisation et ne fait que s'accroître chaque jour en surface.

Evolution. — L'évolution en est fort lente, la marche progressive et sans tendance à la cicatrisation spontanée.

Etiologie. — La localisation aux extrémités du tube digestif ou à une plaie consécutive à un traumatisme, l'apparition de l'ulcère tuberculeux typique chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire ouverte, semblent démontrer que ces ulcérations cutanées typiques sont dues à une auto-inoculation par les bacilles des crachats ou des matières fécales. Monsieur Darier, dans son précis de dermatologie (page 619), cite le cas d'une femme paraissant bien portante, mais mariée à un phtisique et présentant un ulcère tuberculeux typique sur le front.

B. — CARACTERISTIQUES BACTERIOLOGIQUES.

On prélève, sur ou sous les bords de l'ulcération,

les produits de raclage, mais il faut avoir grand soin, dit Monsieur Darier, « de gratter assez énergiquement avec une curette, jusqu'à faire saigner un peu ». A l'examen microscopique, on trouve un grand nombre de bacilles de Koch. Ils existent d'une façon inconstante dans les liquides séro-purulents, qu'on peut recueillir à la surface des ulcérations.

Inoculation au cobaye. — Elle donne des tuberculoses généralisées.

C. — CARACTERISTIQUES ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

Au point de vue anato-pathologique, l'ulcère tuberculeux typique est caractérisé par la présence de follicules tuberculeux typiques et de tubercules miliaires tout à fait analogues à ceux du poumon. Les lésions tuberculeuses siègent initialement dans le derme. Les follicules sont allongés en forme de traînée. Les cellules géantes y sont rares et manquent quelquefois. L'infiltration se fait surtout dans le derme et peu en profondeur.

Ulcère Tuberculeux Atypique

On a décrit des ulcères tuberculeux atypiques dont il importe de signaler les principaux caractères, en insistant sur ceux par lesquels ils diffèrent des ulcérations typiques. Un type d'ulcère tuberculeux atypique a été décrit par Messieurs Darier et Lévy-Brühl, dans la thèse de ce dernier. En voici les principales caractéristiques.

A. — CARACTERISTIQUES CLINIQUES.

Forme. — Comme l'ulcère tuberculeux typique, il est de forme arrondie ou ovale, quelquefois polycyclique; de contour déchiqueté. (

Dimensions. — Les dimensions sont variables et vont de quelques millimètres à huit ou dix centimètres.

Bords. — Les bords sont irréguliers, déchiquetés; tantôt en pente douce, tantôt à pic ou décollés. Ces deux aspects peuvent se retrouver en des points différents de la même ulcération.

Les bords sont d'une couleur rouge sombre ou violacée, souvent épidermisés ou mamelonnés par en-dessous.

Fond. — Les ulcères tuberculeux atypiques décrits par Messieurs Darier et Lévy-Brühl sont aussi superficiels et creusent peu en profondeur. Le fond est assez régulier, mais présente parfois des bourgeonnements charnus, de coloration grisâtre, quelquefois marbré de rouge. Notons principalement l'absence complète de grains jaunes de Trélat, que nous avons trouvés dans l'ulcère tuberculeux typique, aussi bien sur les bords qu'au centre.

Exsudation. — La sécrétion séro-purulente est peu abondante.

Pourtour. — La base est peu infiltrée et n'est pas indurée. Elle est de consistance molle. Notons aussi sa coloration rouge, violacée, plus ou moins étendue en largeur.

La peau qui entoure l'ulcère tuberculeux aty-

pique n'est le siège d'aucun trouble de sensibilité.

Caractères douloureux. — Contrairement à l'ulcère tuberculeux typique, il est à remarquer particulièrement que l'ulcération tuberculeuse atypique n'est le siège d'aucune douleur spontanée ou à la pression. C'est une des raisons pour lesquelles les malades qui en sont atteints attendent plusieurs mois avant de consulter un médecin.

Ganglions lymphatiques. — L'engorgement ganglionnaire est nul ou peu marqué, contrairement à ce que l'on rencontre très souvent dans l'ulcère typique.

Siège. — Son siège n'est plus principalement les extrémités du tube digestif. On le rencontre en un point quelconque des téguments : face, région cervicale, poitrine, paume de la main, face interne de la cuisse.

Nombre. — Ces ulcères atypiques peuvent être uniques, mais plus souvent multiples.

Etat des malades. — Cette forme spéciale se rencontre principalement chez des sujets jeunes du sexe féminin, présentant soit des lésions pulmonaires à marche rapide, soit des tuberculides cutanées. (Darier, précis de dermatologie, page 313; thèse de Lévy-Brühl, page 51).

Début. — Le début de l'affection est insidieux. Il n'a pu être observé, les sujets atteints ne venant consulter que quand l'ulcération était déjà constituée. Mais aux dires des malades, ces ulcérations débuteraient par des papules rouges.

Evolution. — L'évolution en est fort lente et

torpide. Contrairement à l'ulcère tuberculeux typique, quelques-unes des lésions évoluent vers la cicatrisation définitive ou temporaire.

Etiologie. — Nous avons vu plus haut que cette forme d'ulcère tuberculeux atypique ne se retrouve plus, avec prédominance, au niveau des extrémités du tube digestif et qu'il n'est pas non plus consécutif à une plaie contuse ou à une coupure contaminées par les crachats des malades. Leur siège, en un point quelconque des téguments, semble indiquer que ces lésions sont dues à des embolies bacillaires plutôt qu'à des inoculations cutanées.

B. — CARACTERISTIQUES BACTERIOLOGIQUES.

L'examen bactériologique des produits de râclage, soit sur les bords, soit sur le fond de l'ulcère tuberculeux atypique, donne des résultats très variables. On ne retrouve plus, chaque fois, comme dans l'ulcère tuberculeux typique, des bacilles de Koch.

Inoculation au cobaye. — Comme dans l'ulcère typique, l'inoculation au cobaye est positive et donne des tuberculoses généralisées.

C. — CARACTERISTIQUES ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

Au point de vue anatomo-pathologique, on retrouve « sur les bords de l'ulcère atypique, une infiltration diffuse du derme, avec destruction partielle des fibres élastiques et conjonctives; infiltration plus marquée autour des vaisseaux et des glandes. Il existe des formations de follicules tuberculoïdes typiques. » Notons principalement la présence

de cellules géantes, parfois très volumineuses et rares.

Au niveau de l'ulcère, l'épiderme a complètement disparu et le derme est entièrement remanié. Les fibres élastiques et conjonctives ont disparu et sont remplacées par un tissu de bourgeons charnus contenant des vaisseaux de nouvelle formation plus ou moins richement distribués. Autour de ces vaisseaux, sont groupés des éléments cellulaires. (Thèse de Lévy-Brühl, page 62).

En somme, les lésions histologiques sont nettement folliculaires, associées à des altérations vasculaires.

Pour résumer, nous citerons in extenso les conclusions de Monsieur Lévy-Brühl :

« Il existe une variété d'ulcérations tuberculeuses de la peau nettement distincte par ses caractères cliniques, histologiques et bactériologiques du type classique de l'ulcère tuberculeux.

« Cette affection a été rencontrée le plus souvent chez de jeunes sujets, du sexe féminin, présentant des lésions pulmonaires à marche torpide. Les ulcérations cutanées siègent en des points variables, souvent multiples. Leur localisation et la coexistence d'autres manifestations tuberculeuses disséminées paraissent en relation plutôt avec des embolies bacillaires qu'avec une inoculation externe.

Au point de vue clinique, l'affection se distingue par un ensemble de caractères, les uns positifs (bords irréguliers, tendance à gagner en surface plus qu'en profondeur, fond bourgeonnant), les autres négatifs (absence de grains jaunes, de nodu-

les lupiques, indolence spontanée et à la pression). L'évolution en est torpide et d'une lenteur remarquable.

L'examen histologique montre la structure nettement folliculaire des lésions; il révèle en outre des altérations vasculaires plus ou moins prononcées.

La réaction positive locale à la tuberculose et surtout les résultats positifs de l'inoculation au cobaye démontrent la nature tuberculeuse de l'affection et permettent de la distinguer d'avec certaines lésions syphilitiques tertiaires ou hérédosyphilitiques atypiques, d'aspect très analogue.

Le traitement de choix est, quand la chose est possible, l'extirpation chirurgicale. En présence de foyers multiples et étendus, on aura recours aux traitements médicaux, associés aux scarifications et à la radiothérapie. La tuberculine exerce sur ces lésions une influence manifestement favorable, mais qui n'est pas toujours suffisante pour assurer à elle seule la guérison. »

Autre forme d'Ulcère Tuberculeux Atypique

Plus rapproché de notre observation et très atypique par ses caractères est le cas rapporté par Monsieur Brault à la séance du 2 mai 1912 de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. L'observation de cet auteur nous paraît devoir être citée in extenso.

Phagédénisme tuberculeux de la vulve. — (Bul-

letin de la société française de dermatologie et de syphiligraphie. Séance du 2 mai 1912). Les ulcérations tuberculeuses de la vulve constituent plutôt une rareté: ici, dans l'observation que je vais relater, il s'agissait, non seulement de tuberculose, mais encore de plaies ayant un véritable caractère phagédénique.

Observation. — La jeune X..., sept ans, Française, née à Laghonat, a séjourné successivement à Bouira et à Alger. Elle entre dans le service, salle Leloir, le 9 juin 1911, avec le diagnostic de gangrène de la vulve occupant les petites lèvres, le clitoris et une bonne partie de la face interne des grandes lèvres qui est prise dans les 2/3 de sa hauteur.

Le père est en bonne santé, la mère se porte également bien; rien comme bacillose, deux frères plus jeunes se portent très bien.

Personnellement, l'enfant en question a eu des accès de paludisme à Bouira, mais la fièvre avait cessé depuis 1910.

En janvier 1911, à Bouira, la mère remarque des pertes jaune verdâtre; la petite malade, au même moment, souffre des yeux; nous ne relevons cependant aucune trace d'une affection grave de ce côté.

En somme, sans être très affirmatif, il semble que la petite fille a présenté à ce moment une vulvo-vaginite peut-être gonococcique.

En avril, les parents commencent à remarquer des plaies sur les petites lèvres et le capuchon clitoridien; la malade est pâle, affaiblie, mais n'a pas de fièvre. Elle est soignée en ville, sans résultat;

ni les cautérisations chimiques, ni les cautérisations ignées, ni l'air chaud, ne donnent d'amélioration notable.

C'est alors qu'elle entre dans le service, le 9 juin 1911. Nous avons déjà indiqué, au début de l'observation, quelle était l'étendue des lésions à ce moment; arrivons maintenant à leur aspect. Les bords étaient en pentes raides, non décollés; le fond des ulcérations, rouge foncé et gris jaunâtre, semblait un peu grenu et suppurait assez abondamment. Les parties atteintes par les lésions, lèvres, clitoris, étaient le siège d'une infiltration marquée, d'un œdème pseudo-éléphantiasique. Grosses adénopathies inguinales; la malade est apyrétique, les urines sont normales. On ne trouve aucune lésion pulmonaire à l'auscultation.

Dans les frottis, nous ne décelons ni gonocoques, ni Ducrey, ni bacilles fusiformes, ni spirilles. Nous trouvons seulement des streptocoques et du pyocyanique; le streptocoque est surtout abondant.

Divers topiques sont appliqués: eau bouillie, poudre de charbon, quinquina et camphre, attouchements à la teinture d'iode et au nitrate d'argent, bleu de méthylène, etc.

Quelques jours plus tard, je quitte le service pendant la période des vacances, la malade sort elle-même un peu plus tard, l'état local s'est peu amélioré, mais l'état général reste bon.

A ma rentrée, en octobre, la petite fille n'est plus hospitalisée, mais elle vient se montrer de temps à autre à la clinique.

Bien qu'il n'existe aucun signe stéthoscopique et qu'il n'y ait rien dans les antécédents, je pense à la tuberculose par élimination.

Les parents, qui parlent d'un attentat commis sur leur fille, eux, sont hantés par l'idée de la syphilis et, sur leurs instances répétées, nous faisons un Wassermann qui reste négatif.

A ce moment, le phagédénisme vulvaire s'est étendu, le clitoris est disséqué, les faces internes des grandes lèvres sont prises à peu près dans leur totalité, les ulcérations droite et gauche se sont réunies au niveau de la fourchette et la plaie phagédénique gagne le vagin.

Les plaies sont très douloureuses, la petite pousse des cris quand on écarte ses cuisses pour les panser. Je pratique une biopsie.

L'état général périclute rapidement, amaigrissement notable, pouls très fréquent, fièvre hectique, urines albumineuses.

Comme topique modificateur, pour combattre le phagédénisme envahissant, on fait des applications de chlorure d'Éthyle qui semblent améliorer l'état local.

Comme traitement général, toniques, antipyrétiques.

La petite malade ne peut plus être transportée, elle est soignée à domicile par mon chef de clinique. La fièvre continue, le pouls varie de 130 à 160; de gros ganglions sont sentis dans les fosses illiaques; la jeune X... est prise de vomissements et meurt avec des symptômes péritonéaux.

L'autopsie n'a pu être faite.

Examen Histo-Bactériologique.

Dans les frottis, ainsi que je l'ai déjà indiqué, on a trouvé du pyocyanique et du streptocoque.

Ainsi que je l'ai déjà dit, ce sont ces espèces et les fluorescents que nous retrouvons le plus et le mieux : soit dans le phagédénisme simple non compliqué de pourriture d'hôpital, soit encore dans les lésions framboésiformes que nous observons assez fréquemment dans ce pays, comme complication de plaies de diverse nature.

L'examen des prélèvements biopsiques, fait soit par Monsieur le docteur Nègre, soit par nous-même, n'a pas permis de déceler de follicules constitués avec leurs trois zones classiques; mais, par contre, dans les coupes colorées, soit par le Ziehl seul, soit par double coloration, nous avons trouvé, au milieu de vastes amas de cellules rondes, de très nombreux bacilles tuberculeux graciles et parfois incurvés.

Ce foisonnement des bacilles va bien avec le caractère un peu aigu de l'affection; mais, à notre avis, ce qui explique surtout la tendance nettement phagédénique des lésions, c'est la présence des microbes secondaires sus-visés.

Inoculations. — Avec les fragments prélevés, M. le Docteur Nègre a inoculé deux cobayes qu'il a sacrifiés au bout d'une quinzaine de jours; tous les deux présentaient de gros ganglions tuberculeux ramollis.

Nous-même, nous avions également inoculé un

cobaye le 15 novembre; ce cobaye a maigri et a présenté un chancre tuberculeux de l'aîne avec une grosse nodosité; l'animal a succombé le 8 décembre. »

Les caractères du cas décrit par Monsieur Brault peuvent être ainsi résumés: C'était une ulcération à marche torpide, siégeant au niveau de la vulve; à bords non décollés; à fond grenu, jaunâtre, suppurant assez abondamment; ulcération douloureuse avec grosse adénopathie de voisinage; infiltration œdémateuse dure des tissus périphériques; nombreux bacilles à l'examen des frottis; pas de formation folliculaire à l'examen des coupes; association au bacille de Koch de microbes pyogènes, en particulier streptocoques.

CHAPITRE IV.

Cas personnel : ses différences

Sans reprendre en détail notre observation, il est facile de voir qu'elle diffère des cas rapportés jusqu'ici.

La progression rapide, surtout dans les derniers jours, l'absence de toute infiltration des tissus avoisinants, la mince zone active de progression qui l'entoure, la disparition de tous les éléments dermo-épidermiques au niveau de l'ulcération, l'absence de tout bourgeonnement du fond, l'intégrité du système ganglionnaire, sont autant de caractères

très particuliers de cette lésion phagédénique à marche rapide, progressant excentriquement sans que rien la prépare à distance, sans qu'il existe de formations folliculaires de voisinage qui par coalescence avec la lésion primitive en explique l'agrandissement.

Des ulcères typiques, notre cas diffère par de nombreux caractères que nous ne développerons pas longuement après la description que nous avons donnée des formes classiques de l'ulcère tuberculeux. Chez notre malade, l'ulcère occupe un siège un peu anormal. L'ulcération est parfaitement régulière. La lésion est sertie par un très mince liseré violacé. Son pourtour diffère des bords déchiquetés, mous, violacés sur une grande étendue des ulcérations tuberculeuses typiques. Les principales différences viennent surtout du fond atone, tapissé de bourgeons blafards et mous dans les ulcères typiques; parfaitement dépouillé dans notre cas comme si, après son passage, la cause de l'ulcération avait cessé d'agir *in situ* après avoir détruit complètement les couches cutanées dans toute leur épaisseur. Il ne s'était édifié, dans notre cas, aucune membrane pyogénique, aucun tissu de réaction sur la surface ulcérée.

Quelques caractères cependant sont communs avec ceux que l'on trouve signalés avec l'ulcère typique: c'est la douleur nette chez notre malade, le mauvais état général.

Notre cas doit être considéré comme une forme atypique, mais il diffère des cas jusqu'ici rapportés.

Aucune de ces formes ne lui est complètement comparable. D'avec les ulcères du type décrit par Monsieur Lévy-Brühl, notre cas diffère en ce que notre ulcération est unique, en ce qu'elle progresse avec une grande rapidité dans les derniers temps où nous avons pu en suivre la marche, surtout par son caractère nettement phagédénique, rapidement destructeur, par absence de toute réaction des tissus atteints et la destruction complète, comme à l'emporte-pièce, de la surface cutanée.

Les différences sont également très nettes d'avec le cas rapporté par Monsieur Brault. On notera, en particulier, l'absence d'infiltration des tissus de voisinage, l'absence d'adénopathies, la suppuration très minime et l'aspect du fond très différent dans le cas de Monsieur Brault et dans le nôtre.

Force nous est donc de classer notre cas à part, de le considérer comme un cas de phagédénisme très anormal, de phagédénisme plat, rapidement extensible dans les derniers temps, de phagédénisme mince, dirions-nous, ne trouvant pas d'autre expression pour rendre compte de la destruction par fonte des tissus sans infiltration ni réaction, à l'encontre du processus ulcéreux.

CHAPITRE V.

Conditions de variation d'aspect et d'évolution des Ulcères Tuberculeux

Les conditions qui modifient l'aspect et l'évolution des tuberculoses ulcéreuses de la peau nous sont mal connues. Il est très probable que celles qui interviennent surtout sont des conditions de virulence du bacille et d'inégale résistance du terrain. Il nous est difficile de les apprécier. La virulence du bacille, en particulier, ne peut être que difficilement appréciée par les moyens dont nous disposons actuellement. Dans toutes les formes, même dans les formes atypiques lentes, l'inoculation a donné des tuberculoses généralisées. La résistance du terrain est également un facteur qui ne peut être mesuré exactement. La tuberculose ulcéreuse semble, d'ailleurs dans toutes ses formes, ne se développer que sur un terrain affaibli et privé de moyens de résistance.

Les autres facteurs n'ont pas été étudiés.

Il en est un sur lequel nous voulons attirer l'attention et dont la seule observation de Monsieur Brault signale l'importance: nous voulons parler des associations secondaires. Dans le cas que nous rapportons on trouvait, à côté du bacille de Koch, des microbes pyogènes, agents pathogènes de pyo-

dermites ulcéreuses. Les streptocoques, en particulier, étaient très abondants, les diplocoques intracellulaires, que l'on rencontre communément dans la jeune bulle d'impétigo et auxquels Monsieur le docteur Favre, qui les a souvent rencontrés, donne le nom de pseudo-gonocoques des infections cutanées, existaient en grand nombre dans les préparations du pus de l'ulcération, que l'on aurait pu comparer aux préparations obtenues avec le pus de l'ulcération ecthymateuse de pyodermite ulcéreuse.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose peut prendre au niveau des téguments cutanés une allure ulcéreuse bien connue, particulièrement étudiée à Lyon par Monsieur le professeur Vallas (thèse de juillet 1887: sur les ulcérations tuberculeuses de la peau);

II. — Le siège de cette tuberculose ulcéreuse est, dans la majorité des cas, les extrémités du tube digestif et la main. Elle survient chez les bacillaires avancés, dont les voies supérieures et inférieures sont infectées par le bacille et paraît être due à une inoculation locale;

III. — A côté des formes typiques classiques, des formes atypiques ont été décrites qui en diffèrent par un certain nombre de caractères (Darier et Lévy-Brühl, Brault);

IV. — La forme que nous avons observée est remarquable par son étendue, son siège anormal, la fonte des tissus sans signes réactionels, l'absence de toute réaction ganglionnaire.

Les caractères particuliers de cette ulcération nous paraissent s'expliquer par l'association au bacille de Koch d'une flore microbienne analogue à celle qu'on retrouve dans les pyodermites ulcéreuses et particulièrement dans les formes térébrantes de l'Ecthyma.

Sans que nous puissions en apporter la preuve absolue, l'origine de l'ulcération cutanée que nous avons observée nous paraît devoir être recherchée dans une embolie bacillaire très probable chez une malade ayant présenté une extrême diffusion des lésions tuberculeuses évoluant sous le type septicémique et granulique.

Lyon, le 27 décembre 1919.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS.

Vu :
LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

DIJON
Imprimerie J. DELORME
9, Rue J.-Cellerier
